UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 93

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1912

PAR

Mlle Constance COLLIAT

Née à Voiron (Isère), le 13 décembre 1878

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé
DELMAS, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette
—
1912

DES BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 93

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1912

ACAD. LANGUEDOC BIBL.

PAR

Mlle Constance COLLIAT

Née à Voiron (Isère), le 13 décembre 1878

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé
DELMAS, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *Président.*	MM. MASSABUAU, *Agrégé.*
ESTOR, *Professeur.*	DELMAS, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR MARIE

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES SŒURS AINÉES

A MES PARENTS

A CEUX QUE J'AIME

A TOUS MES AMIS

CONSTANCE COLLIAT.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE GRENOBLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERMITE

CHIRURGIEN ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE GRENOBLE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

CONSTANCE COLLIAT.

A MON ÉMINENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DE PARIS

ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage bien respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

ET

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

DELMAS ET MASSABUAU

Hommage respectueux et reconnaissant.

CONSTANCE COLLIAT.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas en commençant ce travail l'illusion de faire œuvre originale ou inédite ; notre but est plus modeste, nous voudrions simplement faire une revue d'ensemble des divers traitements des bartholinites.

Nous négligerons donc l'étude du développement, de la structure et des fonctions de la glande de Bartholin, nous réservant pour la partie clinique : l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et surtout la symptomatologie et le traitement sur lesquels nous nous efforcerons d'insister.

M. le professeur agrégé Massabuau a bien voulu nous confier ce travail et encourager nos modestes efforts, nous le prions d'agréer ici l'expression de nos vifs remerciements et de notre sympathie reconnaissante.

DES BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La glande vulvo-vaginale entrevue par Spiegel, Plazzoni de Padoue, découverte en 1631 par Duverney, fut bien décrite chez la femme par Bartholin en 1677.

Etudiée ensuite par un grand nombre d'auteurs : Delamettrie, Garengeot, Verdier 1726, Didier 1753, pour n'en citer que quelques-uns, elle fut assimilée en 1804 par Cuvier aux glandes de Cowper de l'homme ; cette opinion prévaut encore aujourd'hui.

Enfin après de nombreux travaux parut en 1850 l'important mémoire de Huguier qui vint préciser la description anatomique et fixer définitivement la physionomie de la glande de Bartholin.

Langerhans 1871, et de Sinety en 1880 puis en 1906,

s'occupèrent de sa structure histologique, Ackeren, 1889, fit une étude complète de son embryologie. La bactériologie en fut étudiée complètement par Leblanc en 1894, Dujon en 1897, Hallé en 1898 ; mais c'est à Welander et Arning que l'on doit la découverte du gonocoque dans le pus des bartholinites : découverte qui rattache d'une façon formelle, cette dernière affection à la blennorragie.

L'anatomie pathologique proprement dite de la glande fut l'objet de deux travaux principaux : celui de Touton (1893) en Allemagne, celui de Leblanc (1895) en France.

Enfin on trouvera dans les récents travaux de gynécologie de M. Pozzi, M. Doléris (1905), MM. Raoul Dupuy et Georges Rullier 1908, un chapitre réservé au traitement des abcès de la glande de Bartholin.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On distingue sous le nom de bartholinite l'inflammation des glandes de Bartholin.

Au point de vue étiologique, on peut les diviser en 2 groupes :

Les bartholinites d'origine gonococcique.

Les bartholinites d'origine simple.

Causes prédisposantes. — Gonococciques on non, les bartholinites se rencontrent en général chez les femmes jeunes, surtout celles dont la vie génitale est active. Dans ce dernier cas, en effet, les organes génitaux sont le siège de congestions dont la fréquence entraînera forcément une prédisposition aux phénomènes inflammatoires.

Qu'elles soient *actives* : occasionnées par des excès de coït, la masturbation, les idées lascives, ou *passives* :

résultant de la stase veineuse qui coïncide avec l'ovulation, les congestions créent toutes un état d'hyperémie suffisant pour entraîner une inflammation.

Les périodes menstruelles provoquent toujours dans toute la région génitale interne ou externe une stase veineuse qui n'est qu'une véritable congestion passive.

« C'est ainsi, dit Verchère, que l'on doit comprendre le rôle de la menstruation dans l'apparition ou la réapparition des abcès de la glande vulvo-vaginale, soit au moment où la menstruation s'établit, soit enfin dans les poussées qui reparaissent chez certaines femmes au moment de leurs règles. »

La fréquence de la bartholinite chez les femmes jeunes a été prouvée par de nombreuses statistiques, en particulier celles de Huguier, 1850, et de Neumann, qui fixent toutes deux la prédominance de cette affection entre 17 et 25 ans.

Mais l'unanimité n'existe plus aussi parfaite pour le siège affectionné par la maladie. On a longtemps discuté sur sa fréquence au côté gauche, et cette notion devenue classique avec Huguier fut ébranlée plus tard par Dujon, qui croit à l'indifférence de la localisation de l'abcès, et par Verchère, qui avait émis déjà cette opinion en 1894, en insistant surtout sur la fréquence de la bilatéralité.

« La prédominance à gauche n'est pas aussi marquée qu'ont bien voulu le dire les auteurs ; dans la plupart des cas que j'ai eus sous les yeux, j'ai presque toujours trouvé que les deux glandes vulvo-vaginales étaient ou avaient été le siège d'abcès ; la bilatéralité des lésions, surtout pour les bartholinites chroniques, m'a paru la règle, et

dans les cas où elles sont unilatérales, presqu'aussi souvent on la rencontrait à droite qu'à gauche (1). »

On peut donc conclure avec ces deux auteurs que l'abcès existe indifféremment à droite ou à gauche. Toutefois, les auteurs qui défendent encore la prédilection de la bartholinite aiguë pour le côté gauche n'en ont pas donné des explications plus satisfaisantes que celles invoquées, jusqu'à présent, pour justifier la localisation à gauche de la salpingite, du varicocèle ou des varices.

On a encore invoqué, comme *causes prédisposantes*, le tempérament lymphatique, l'influence des saisons, et, plus justement, certaines professions où les femmes travaillent assises : couturières, lingères et surtout celles qui exigent l'emploi de la machine à coudre à pédales. Ces métiers, en effet, par la stase veineuse des organes pelviens qu'occasionne toujours la station assise, par les traumatismes répétés de la région vulvaire, prédisposent à la bartholinite par le mécanisme de la congestion.

Agissent de la même façon les traumatismes sexuels. On sait d'ailleurs quelle est la fréquence de cette affection chez les prostituées. Neumann, dans une statistique portant sur 203 cas, compte 76 de ces jeunes femmes, dont l'âge ne varie qu'entre 16 à 25 ans.

Pour les jeunes prostituées, d'ailleurs, il semble que l'absence de soins hygiéniques, due à l'inexpérience des maladies qui les guettent au début de leur vie génitale, vienne se surajouter aux causes précédemment citées. Mais là, déjà, nous touchons à la cause réelle de la bartholinite : à l'agent microbien, qui d'une part trouve des

---

(1) Verchère.

tissus irrités prêts à l'héberger, et d'autre part n'a plus à lutter contre les soins de propreté.

Cet agent microbien fut pressenti par Huguier, qui sans connaître l'agent pathogène de la blennorragie avait déjà rattaché la bartholinite à sa vraie cause : « Cette affection, dit-il, ou accompagne le plus souvent la blennorragie vulvaire ou lui succède... Nous avons si souvent observé cette maladie avec la blennorragie ou à la suite de coïts suspects, que nous sommes obligé d'admettre que, dans un bon nombre de cas, elle a été la conséquence de cette dernière, ou a été contractée en même temps qu'elle dans un coït infectant. » Et c'est là, en effet, l'étiologie indiscutable de la presque totalité des bartholinites. *Ce n'est qu'à titre d'exception qu'on a signalé des bartholinites puerpérales ou traumatiques.*

Causes déterminantes. — La seule est l'infection, dont nous examinerons les agents et les voies. Or ces agents microbiens sont nombreux.

Après le gonocoque que Neisser découvrit le premier en 1879 dans le pus des bartholinites, on reconnut bientôt que ce microbe existait rarement à l'état pur, mais le plus souvent associé aux microbes ordinaires de la suppuration : staphylocoque doré ou blanc, streptocoque, au bacterium coli, au diplococcus, sulflavus, etc., et quelquefois à des anaérobies.

On arrive ainsi insensiblement aux conclusions suivantes :

Dans la bartholinite à pus simple on trouve le gonocoque.

Dans les bartholinites à contenu fétide, on trouve toujours des germes anaérobies.

Ces germes peuvent exister seuls dans le pus, ou

associés à d'autres espèces aérobies, le gonocoque de Neisser le plus souvent.

La fétidité des bartholinites est due à la présence des anaérobies, et ces derniers sont identiques à ceux que l'on a pu isoler du vagin de la femme à l'état sain.

En résumé, on peut dire que, dans la majorité des cas, la bartholinite est d'origine blennorragique, mais comment s'infecte la glande ?

Le seul mode d'infection admis est la voie ascendante ; l'inflammation vulvaire s'étend au conduit excréteur et gagne la glande elle-même.

L'infection par voie sanguine n'est pas admise.

Hallé admet que, dans les cas où l'on trouve les microbes anaérobies du vagin qui donnent au pus son caractère de fétidité, la glande est déjà malade et a été atteinte antérieurement par la blennorragie.

Or, à l'heure actuelle, le mot de bartholinite doit avoir pour le médecin la même signification que celui d'urétrite, laquelle, en l'absence de tout commentaire, est pour l'esprit synonyme d'infection blennorragique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avec l'aide des auteurs qui se sont occupés les premiers de l'anatomie pathologique de la glande de Bartholin : Touton 1893, Leblanc et Dujon (thèses de Paris 1895-1897), nous signalerons les manifestations glandulaires et périglandulaires par lesquelles la glande vulvo-vaginale réagit à l'invasion microbienne, et décrirons ses modifications tissulaires macroscopiques et microscopiques.

Anatomie macroscopique.

Au point de vue de ses caractères macroscopiques, l'abcès est ici ce qu'il est partout ailleurs dans les glandes en grappe.

Ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est une

glande farcie de petits abcès miliaires tranchant par leur forme arrondie, leur couleur jaunâtre sur les parties avoisinantes : ces petits abcès répondent en majorité aux orifices des canaux excréteurs et l'histologie pathologique des bartholinites nous donnera l'explication de cet aspect spécial de la suppuration, analogue à ce que l'on voit souvent au niveau du pancréas et de la parotide. Dans quelques cas cependant l'abcès est représenté par une ou plusieurs cavités de volume variable, tapissées par un tissu de granulations recouvert de détritus blanchâtres : c'est la membrane pyogénique.

Le pus contenu dans ces cavités est blanc-jaunâtre, parfois roussâtre, renfermant ou non quelques traînées sanguinolentes. Ce pus est d'odeur fade, sans caractères : Huguier dit que ce liquide « n'a jamais l'odeur fétide et repoussante des abcès et fistules des environs de l'anus ». Or cette affirmation fut reconnue beaucoup trop catégorique sans doute la fétidité du pus des bartholinites n'est pas la règle, mais n'est pas non plus l'exception : De Sinety, Dujon, Hallé (thèse de Paris 1898) l'ont observée tour à tour ; Franco (thèse de Paris 1900) la signale 2 fois sur 123 cas.

Cette fétidité est l'œuvre de microbes anaérobies d'infections secondaires : c'est l'avis de Dujon et celui de Hallé basé sur des examens bactériologiques très démonstratifs. Pour M. Verchère, dans les bartholinites survenant au moment des règles, le pus est presque toujours fétide.

Anatomie microscopique.

Qu'observe-t-on à présent sur les coupes histologiques colorés par les réactifs usuels en anatomie microscopique ?

Touton nous montre tout d'abord une coupe où le processus inflammatoire s'est limité au canal excréteur : le gonocoque n'ayant pu dépasser la partie du canal avoisinant l'orifice, où celle-ci est encore recouverte d'épithélium pavimenteux. Il s'agit bien là d'une bartholinite canaliculaire. Deux années plus tard, Leblanc donne la description complète de deux coupes dans lesquelles la lumière du conduit excréteur a presque disparu sous l'influence de la prolifération des cellules cylindriques épithéliales. L'épithélium des lobules glandulaires présente aussi cette prolifération intense avec infiltration embryonnaire périphérique ; mais on trouve çà et là quelques lobules sains.

Le tissu conjonctif sous-épithélial renferme de nombreux vaisseaux capillaires dilatés, gorgés de sang et prenant parfois par leur réunion un aspect pseudo-angiomateux. On voit également des lacunes lymphatiques remplies de globules blancs. Notons que les vaisseaux de quelque importance : artérioles ou veinules, ne présentent pas *de lésions endo ou périvasculaires;* fait facile à comprendre puisqu'il s'agit d'*une infection à point de départ canaliculaire et non d'origine sanguine.*

Le tissu conjonctif renferme des traces incontestables de lésions inflammatoires : outre les traînées embryonnaires répondant aux lacunes lymphoïdes, on voit de nombreuses cellules rondes disséminées d'une façon

diffuse, pénétrant en quelques points dans les couches profondes de l'épithélium des canaux ou encore occupant les papilles de cet épithélium ; dans la profondeur, ces cellules lymphoïdes forment de petits abcès miliaires arrondis ou ovalaires. Dans quelques cas, les hasards de la section du rasoir servant l'observateur, on voit un de ces petits abcès juxta-canaliculaires soulever l'épithélium du conduit excréteur et même faire effraction à travers lui pour se vider dans sa lumière : la thèse de Leblanc renferme une figure où ce mécanisme est représenté d'une façon tout à fait démonstrative.

Sur d'autres coupes on voit la section entièrement remplie de cellules rondes, l'épithélium ayant ou non disparu.

Si nous examinons à présent les lésions des acini glandulaires, nous voyons qu'elles sont très atténuées ; autour d'eux il existe de l'œdème du tissu conjonctif, mais avec infiltration embryonnaire modérée et diffuse. De rares acini sont envahis par les cellules lymphoïdes, d'autres renferment simplement à leur centre des globules de pus, d'autres enfin ne montrent que des lésions de voisinage très atténuées, consistant dans une hypertrophie acineuse due, soit au gonflement des cellules glandulaires, soit à une prolifération de ces cellules ; comme nous l'avons dit, il n'existe aucune membrane d'enveloppe des acini, les empêchant de s'accroître.

« Les cellules elles-mêmes sont claires et vitreuses, atteintes parfois de nécrose fibrineuse ou d'un début de nécrose de coagulation. » (Dujon.)

Si maintenant nous synthétisons l'étude de l'infection vulvo-vaginale, nous sommes forcée de reconnaître l'analogie existant entre la suppuration des glandes de Bartholin et celle des glandes en grappe en général. Les

abcès du pancréas et surtout de la parotide se présentent en effet le plus communément sous la forme angiomateuse canaliculaire diffuse : *fait qui montre la fréquence des récidives et qui permet de prévoir, dès à présent, que l'extirpation constitue le plus sûr moyen de mettre à l'abri de ces dernières.*

L'agent pathogène, le gonocoque, ajoute encore son action néfaste, car les canaux de la glande vulvo-vaginale ne livrent passage qu'à un liquide muqueux *ne possédant pas les propriétés bactéricides de la salive ou digestives du suc pancréatique.*

De plus, la sécrétion muqueuse de la glande vulvo-vaginale étant *de réaction neutre ou alcaline*, constitue bien un des milieux les plus favorables au développement du gonocoque.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les bartholinites sont aiguës ou chroniques, nous décrirons donc séparément ces 2 formes qui sont les deux plus fréquentes, nous servant comme type de la bartholinite blennorragique : les bartholinites simples ne différant par aucun symptôme de la forme gonococcique.

Bartholinite aiguë.

Début. — Deux sortes de début peuvent s'observer dans l'apparition de l'abcès de la glande de Bartholin. Le plus souvent, c'est sournoisement que s'installe le gonocoque ; sa présence se manifeste d'abord par un peu de prurit sur la face interne de la vulve, la pression devient douloureuse ; la malade ressent de la pesanteur

à ce niveau, éprouve de la gêne dans la marche et la station assise, elle souffre au moment du coït.

Bientôt, les signes loin de s'amender augmentent encore d'intensité. Le gonflement apparaît, la fièvre s'établit, la période d'état est constituée.

D'autres fois l'inflammation est plus rapide, presque sans incubation, la glande devient douloureuse, le vagin se resserre, la grande lèvre augmente de volume pendant qu'un état gastrique léger apparaît.

Le toucher, toujours douloureux d'ailleurs, permet de sentir une tumeur rénitente qu'on peut repousser en avant à l'aide de l'index introduit dans le vagin et saisir entre ce même doigt et le pouce qui au dehors comprimera la grande lèvre.

Période d'Etat. — Ce qui frappe alors quand la bartholinite est en pleine évolution, c'est la déformation de la région vulvaire. L'une des grandes lèvres, les deux quelquefois sont tuméfiées. Cette tuméfaction obturant l'orifice du vagin, de la grosseur d'un œuf de pigeon, allongée de haut en bas dans la moitié inférieure de la vulve, soulève la petite lèvre. La peau qui recouvre la grande lèvre est lisse, tendue, rouge, adhérente aux tissus sous-jacents, mais la limite qui la sépare de la petite lèvre est représentée *par un sillon toujours marqué.*

La douleur qui rend l'exploration si difficile n'a cependant rien de spécial ; continue, elle s'accroît d'intensité, comme dans tout abcès, à mesure que les tissus s'enflamment.

L'inflammation en effet n'est pas restée localisée à la glande elle-même, les tissus périglandulaires ne tardent

pas à y participer, constituant ainsi un véritable phlegmon de la grande lèvre (Verchère, Jullien).

La fluctuation est le plus souvent nette ; le pus formé tend à s'ouvrir un passage par les points faibles.

Exceptionnellement l'examen des ganglions de l'aine les montre augmentés de volume et douloureux ; cependant leur engorgement a été constaté par quelques auteurs. Kœstle a rencontré l'adénite inguinale dans 12 cas sur 15 observations ; les ganglions, dit-il, étaient tuméfiés et indolents, dans les 2/3 des cas ils n'existaient que du côté malade. Thyry admet également l'existence de ces adénites. Par contre Dujon ne les a jamais rencontrées. « Chaque fois, dit-il, que nous avons observé des ganglions inguinaux nous avions affaire à un abcès lymphangitique et non à un abcès de la glande vulvo-vaginale. »

Sur 8 observations, Fostier (thèse de Paris 1899) n'a trouvé qu'une fois des ganglions inguinaux indolents, encore ne relevaient-ils vraisemblablement pas de la bartholinite, car la malade était syphilitique.

Terminaison. — Abandonnée à elle-même la bartholinite aiguë n'a aucune tendance à la rétrocession. Comme dans tout abcès, le pus cherche à se faire jour au dehors ; il y arrive par différentes voies. Quand celle du canal excréteur est insuffisante, ce qui est fréquent, les fistules se produisent alors vers la cavité vulvaire en raison *de la minceur du tégument et de sa moindre résistance*.

C'est la petite lèvre déplissée qui résiste le moins : un peu plus bas que le conduit excréteur, une ouverture spontanée avec perte de substance donne issue à du pus épais, jaune ou gris sale, habituellement inodore. Si l'ab-

cès se vide entièrement, la guérison est complète ; il ne reste que la petite plaie qui a livré passage au pus et qui se cicatrisera à la longue, laissant après elle *cette cicatrice indélébile qui restera la signature de la bartholinite et permettra les diagnostics rétrospectifs.* Cette cicatrice facilement reconnaissable est représentée par *un repli semi-lunaire*, *falciforme*, sorte de nid de pigeon dont *le bord libre*, *épais et non tranchant*, forme une sorte de bourrelet à concavité supérieure ou inférieure suivant les cas, et dont la couleur blanc-rosé tranche plus ou moins nettement sur celle de la muqueuse saine (1).

Le stylet introduit tombe dans un cul-de-sac profond de quelques milimètres seulement, ce n'est que rarement que l'on constate la persistance d'un trajet fistuleux.

Les fistules sont rares, en effet, dans les cas aigus qui se terminent par l'ouverture spontanée, à la condition toutefois que cette ouverture se fasse au dehors et non dans les cavités naturelles voisines : rectum ou vagin.

Dans ce cas il n'y a pas guérison définitive : la fistule persiste et la forme chronique va commencer.

Bartholinite chronique.

La bartholinite chronique est loin cependant d'avoir ce seul mode de début ; le plus souvent même, elle est chronique d'emblée, et débute d'une façon insidieuse et torpide comme la blennorragie génitale féminine.

Mais quand commence-t-elle ? La réponse ne saurait

---

(1) Raoul Dupuy et Georges Rullier (*Gynécologie*, 1908).

être qu'imprécise si l'on songe que la plupart du temps l'agent provocateur, le gonocoque, provenant d'un état blennorragique chronique, a été soumis à des traitements antérieurs qui, s'ils ne lui ont point enlevé toute virulence, l'ont au moins considérablement atténuée.

Début. — « La bartholinite chronique n'a donc presque pas de signes apparents. Elle s'établit insidieusement « à l'insu de la malade » (Verchère) ; car on ne peut donner le nom de symptômes à ces quelques vagues sensations de tension du côté du vagin, à ces quelques picotements qui, soit au moment des périodes menstruelles, soit à la suite de rapports sexuels trop répétés, se produisent et sont parfois si légers qu'ils n'attirent même pas l'attention de la malade. Et c'est ce qui nous explique pourquoi *la bartholinite chronique est l'une des manifestations de la blennorragie les plus dangereuses au point de vue de la contagion;* c'est ce qui vient nous donner la solution du problème si souvent posé au cours de la discussion entre partisans de la spécificité de la blennorragie et non partisans. Il est facile de comprendre pourquoi, plusieurs individus ayant des rapports sexuels avec la même femme, et ce, à quelques minutes de distance, les uns sortaient indemnes, alors que les autres étaient contaminés. Localisée dans les culs-de-sac glandulaires, la goutte purulente réclamait un certain temps pour arriver à l'orifice excréteur, aidée qu'elle est à ce moment-là par l'hypersécrétion amenée par les excitations sexuelles (1). »

---

(1) Raoul Dupuy et Georges Rullier (*Gynécologie*, 1908).

On ne saurait donc toujours, dans des cas similaires, suspecter la bonne foi des malades qui deviennent cependant de véritables foyers d'infection, mais chez lesquelles les symptômes fonctionnels manquent si complètement qu'elles n'ont en aucune façon l'attention attirée du côté des organes génitaux. C'est donc au médecin à rechercher la bartholinite chronique *dernier refuge de la blennorragie*, dit Pozzi, à la dépister pour ainsi dire dans ses signes les plus légers dont l'ensemble établira les diagnostics.

Il y a là une question d'appréciation, de sens clinique, et surtout de ténacité dans les examens.

Période d'état. — Mais si le jeune praticien peut se tromper pour les cas où l'on observe un minimum de signes, il existe des bartholinites chroniques dont la symptomatologie est plus positive. Ainsi, au niveau de l'orifice glandulaire normal, on pourra parfois constater tantôt d'un seul côté, tantôt des deux, l'existence d'une érosion de la largeur d'une lentille ou d'une pièce de 50 centimes, dont la couleur rouge vif s'accuse sur la muqueuse avoisinante.

Cette tache ou macule gonorrhéique de Sanger qui l'a le premier décrite est le *précieux indice révélateur de l'inflammation glandulaire*, et rapproche encore du vrai diagnostic, si elle vient à donner implantation *à ce petit paquet de végétations* sur la nature desquelles on a beaucoup discuté, mais dont la présence témoigne toujours d'une irritation chronique de la muqueuse.

On trouve alors la glande vulvo-vaginale dure, augmentée de volume, mobile, rénitente, rarement fluctuante et un peu sensible à la pression. Il n'y a pas d'empâtement périphérique.

L'évaluation de ces caractères se fera par le toucher méthodique déjà conseillé, qui consiste à introduire dans le vagin l'index gauche, s'il s'agit d'une bartholinite gauche, l'index droit, s'il s'agit d'une bartholinite droite, de le recourber de façon à venir accrocher la glande en la poussant en avant afin de pouvoir la saisir avec le pouce de la même main qui comprime les tissus extérieurs. Ainsi se rendra-t-on facilement compte du volume de la tumeur, de sa mobilité, de sa forme, de sa consistance et aussi des adhérences qu'elle a pu contracter avec les parties environnantes.

Dans la plupart des cas on sentira un noyau induré du volume d'une noisette ou d'une amande et roulant sous le doigt; ainsi maintenue, si l'on presse sur la glande, on verra sourdre au milieu de la tache de Sanger ou tout à côté (fistule ancienne) une gouttelette de pus jaunâtre, crémeux, où il est simple de rechercher le gonocoque. Cette goutte ne sera pas toujours purulente, on la voit souvent formée de muco-pus, il peut même arriver que cette première goutte une fois tamponnée, une seconde apparaisse, mais cette fois transparente, formée par un liquide filant qui n'est que la sécrétion normale de la glande de Bartholin. Cette petite recherche ne sera pas négligée, *car elle pourra établir une différenciation nette au point de vue de la localisation de l'infection.*

Dans ce dernier cas, en effet, on pourra dire que la glande ayant *une sécrétion normale n'est pas infectée*, seul le canal excréteur est atteint: il s'agit donc d'une bartholinite chronique canaliculaire.

Marche. Durée. Terminaison. — Insidieuse dans son début, la marche de la bartholinite chronique est des plus irrégulières.

L'état chronique dure généralement peu longtemps ; il suffit d'une des influences congestives précitées pour réchauffer sa forme torpide et lui faire présenter les symptômes bruyants de la forme aiguë. Dans cette forme, l'évacuation spontanée du pus n'est donc que le signal d'une accalmie plus ou moins longue. « On assiste alors à l'évolution d'un abcès fistuleux à décharges intermittentes (Doléris), à une véritable bartholinite à répétition, laquelle pourrait continuer pendant des années, si une intervention radicale n'y venait mettre un terme.

En présence d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, on devra donc penser toujours à la possibilité d'une poussée inflammatoire chez une forme ancienne ; et ne pas ignorer *que pendant toute sa durée la bartholinite chronique est contagieuse :* parce qu'elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Ne la voit-on point d'ailleurs persister jusqu'à la ménopause et même au delà chez des malades peu soucieuses de leur santé ou inconscientes des dangers qu'elles peuvent faire courir à autrui. Indépendamment des abcès qu'occasionne la bartholinite chronique, les fistules sont considérées comme de véritables complications par les dégâts qu'elles entraînent dans les tissus avoisinants : dégâts si considérables qu'ils nécessitent parfois de sérieuses interventions chirurgicales.

Le pus peut prendre en effet les directions les plus opposées, celle du vagin, du périnée ou du rectum ; *soit séparément :* déterminant alors les fistules vulvo vaginales, vulvo-périnéales ou vulvo-rectales ; *soit en même temps :* comme pour les fistules dites en Y ou recto-vulvo-vaginales. Certaines d'entre elles ont pu atteindre des dimensions considérables ; c'est ainsi que MM. Dupuy et Rullier rapportent le cas d'une fistule mesurant jusqu'à 10 centimètres ; ici, la collection qui

lui avait donné naissance avait fusé le long du vagin, communiquant profondément en arrière avec le rectum, et nécessitant une intervention des plus sérieuses.

La gravité de ces fistules dépend donc avant tout de leur siège.

On retiendra aussi qu'à des poussées aiguës correspondent souvent de nouveaux trajets fistuleux ; or, *ces derniers sont bien les reliquats qui témoignent de la fréquence des réveils de l'affection, et prouveront également sa virulence.*

Nous croyons donc utile d'insister sur le fait de la production de ces diverses fistules, véritables complications qu'on a si longtemps voulu ignorer : attribuant à une collection ischio-rectale tous les dégâts qu'elles pouvaient occasionner.

Formes cliniques (1).

Nous les résumons en un tableau succinct, leur description n'offrant pas d'utilité.

1° *Suivant la marche de l'affection.*

A) Aiguës :

Forme suraiguë.
Forme aiguë.
Forme aiguë à répétition.
Forme subaiguë.

B) Chroniques :

Forme suintante.
Forme scléreuse.
Forme scléreuse avec sécrétion.

(1) Rullier et Dupuy (Gynécologie, 1908).

2° *Suivant la localisation.*

Bartholinites canaliculaires.

Bartholinites de la glande seule.

Bartholinites totales avec périglandulite.

3° *Suivant l'agent pathogène.*

Bartholinite spécifique à gonocoques.

Bartholinites simples :

Bartholinites à staphylocoques.

Bartholinites à streptocoques.

Bartholinites fétides à anaérobies.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif.

Le diagnostic de bartholinite est relativement facile, il suffit de se rappeler ses principaux signes : glande augmentée de volume, fluctuante ou dure, douloureuse ou simplement sensible à la pression et laissant échapper lorsqu'on la comprime une goutte de pus par son canal.

On n'oubliera pas que dans la très grande majorité des cas la bartholinite évolue sans réaction ganglionnaire.

Nous signalerons cependant les principales erreurs qui peuvent être faites mais qu'avec un peu d'attention il est facile d'éviter.

Diagnostic différentiel.

Bartholinite aiguë. — Trois affections peuvent en imposer à première vue :

1° *Le phlegmon de la grande lèvre*, le plus souvent d'origine angioleucitique et dont on n'a pu suivre l'évolution siège plutôt à la face externe et cutanée, tandis que l'abcès de la glande vulvo-vaginale proémine à la face interne et muqueuse (Pozzi). Ce phlegmon n'envahit donc pas ou peu la petite lèvre et s'accompagne d'adénite inguinale.

2° *Le furoncle de la face interne de la grande lèvre* a la symptomatologie et l'évolution spéciales à tous les furoncles. La petite tumeur d'aspect acuminé et rougeâtre qui la forme se déplace avec la peau, atteint le volume d'une noisette et présente à son centre une petite ulcération irrégulière au niveau de laquelle se distinguent parfois quelques poils. Dans la région inguinale correspondante on trouve un ou deux ganglions hypertrophiés et douloureux.

3° *Une hernie ayant fait irruption dans la grande lèvre et qui s'est étranglée* ne pourra donner lieu qu'à une erreur momentanée, étant donnés les symptômes généraux qui accompagnent cette affection. Les vomissements, le facies grippé, l'absence d'émission de gaz et de matières fécales ne se rencontrent pas dans la bartholinite aiguë. L'érysipèle et l'herpès vulvaire ont des caractères trop différents pour être confondus et seraient des erreurs impardonnables.

Bartholinite chronique. — Ici, le diagnostic est plus délicat car le début insidieux et l'absence de sym-

ptômes fonctionnels feront méconnaître l'affection à la malade elle-même. Ce sera donc au médecin à la rechercher de parti pris, surtout dans les cas de blennorragie déjà existante.

Deux cas peuvent se présenter :

1° La bartholinite chronique n'est pas ulcérée ;

2° La bartholinite chronique est ulcérée.

Premier cas : *La bartholinite chronique n'est pas ulcérée.* — Deux éventualités peuvent se produire : la tumeur est réductible ou non.

A) *La tumeur est réductible.* Une seule affection mérite d'être signalée : *le kyste de la grande lèvre.* Ou bien ce kyste est petit du volume d'une noisette ou d'une amande, et peut rentrer dans la cavité abdominale (kystes sacculaires), ce qui éclaire le diagnostic ; ou bien il est plus volumineux et occupe la partie supérieure de la grande lèvre, point où ne peut siéger une glande de Bartholin, et dans ce cas c'est à un kyste du canal de Nück, ou du ligament rond, suivant les auteurs, que l'on a affaire (Pozzi).

B) *La tumeur est irréductible.* Un point est à déterminer tout d'abord:

Cette tumeur est-elle indépendante de la glande ou, au contraire, en dépend-elle ?

a) *Si elle est indépendante de la glande*, il faut songer à :

Une épiplocèle irréductible. Cette dernière est de consistance pâteuse, lobulée, *pédiculée.* Or ce pédicule une fois trouvé au niveau de l'anneau posera lui-même le diagnostic.

Une entérocèle irréductible. Cette affection est rare et

la sonorité révélée par la percussion éliminera vite l'idée de bartholinite.

Un ovaire hernié. La douleur provoquée par la palpation lèvera le doute.

b) *Si la tumeur dépend de la glande*, est-ce un kyste de la glande de Bartholin ?

Si le kyste est superficiel, le liquide que la pression fera sourdre par le canal excréteur sera liquide, visqueux, clair et toujours transparent, tandis que celui de la bartholinite chronique est louche ou purulent. Si le kyste est profond, la tumeur est toujours plus grosse, plus volumineuse ; mais ici heureusement peu importent ces finesses de diagnostic puisque le traitement sera le même.

Deuxième cas : *La bartholinite s'est ulcérée.* — L'ulcération fréquente du conduit glandulaire sera parfois très difficile à différencier de celle occasionnée soit par le chancre syphilitique, soit par le chancre mou.

Dans ce premier cas les caractères de l'ulcération chancreuse, sa surélévation, son aspect spécial, son induration, l'adénite polyganglionnaire indolore et concomitante ; enfin les commémoratifs, l'évolution, l'apparition des phénomènes secondaires trancheront le diagnostic.

Dans le second cas, en présence d'une ulcération à aspect régulier, aux bords taillés à pic, au fond jaunâtre ; en l'absence de douleur, d'adénite inguinale et surtout d'autres chancres dans le voisinage, on pensera au chancre mou. Mais on incriminera sûrement de tous ces dégâts le bacille de Ducrey, si en outre la glande est indemne de lésions, pas dure, pas augmentée de volume et si la pression ne peut faire sourdre la goutte purulente révélatrice de la bartholinite chronique. Toutefois, dans

les cas difficiles c'est à l'inoculation au porteur qu'il faudrait avoir recours.

Diagnostic étiologique.

Bien que neuf fois sur dix la bartholinite aiguë ou chronique soit d'origine blennorragique, il est cependant des cas où le gonocoque ne peut être mis en cause.

L'examen bactériologique des sécrétions s'imposera dans tous les cas douteux. Le microscope révélera alors soit la présence de gonocoques accompagnés ou non des microbes habituels de la suppuration : staphylocoques, streptocoques, anaérobies, etc..., soit celle de ces micro-organismes seuls. Dans ce cas l'infection est dite simple.

La fétidité du pus est toujours due aux anaérobies.

Pronostic

De la rareté des complications sérieuses de la bartholinite découle habituellement un pronostic de bénignité qui nous semble bien plus apparente que réelle, puisque cette affection reste une porte ouverte à nombre d'infections les plus graves, comme la syphilis, et peut devenir le point de départ « d'une infection ascendante du canal génital de la femme après l'accouchement ou l'avortement » (Pozzi).

Toutefois, il est juste de reconnaître que la bartholinite est dangereuse aussi pour les autres, « c'est *un dernier refuge de la blennorragie*, une source fréquente et peu suspectée de contamination pour l'homme. » (Pozzi.)

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Puisque nous nous sommes attachée, au chapitre de l'étude clinique, à décrire la physionomie propre des deux formes aiguës et chroniques de la bartholinite, cette division trouvant ici plus qu'ailleurs sa raison d'être, nous décrirons successivement les traitements employés pour chacune d'elles et discuterons en même temps leurs avantages et leurs inconvénients.

Bartholinites aiguës.

Dans les cas rares où la malade est observée au début de la période d'inflammation, c'est-à-dire pendant la *vulvite*, le traitement prophylactique sera seul indiqué.

Il doit consister en une antisepsie rigoureuse et énergique de la région vulvaire. « Les solutions, les poudres et les pommades hydrargyriques doivent être employées à l'exclusion des antiseptiques d'action moins certaine. » (Doléris.)

A la période de l'apparition de la *folliculite* qu'il faut toujours surveiller et suspecter dès que la rougeur et la suppuration se sont localisées à l'orifice excréteur, les grands bains de siège, les injections vaginales chaudes antiseptiques ou à l'eau bouillie, seront les meilleurs antiphlogistiques, mais surtout les pansements humides dans l'intervalle des bains et des injections. Ceux-ci seront bien protégés par une toile imperméable et préférés toujours, à ce moment, aux onguents et pommades résolutives conseillées autrefois : parce que leur efficacité est reconnue supérieure, leur asepsie plus parfaite et leur emploi plus facile. Il nous semble inutile d'insister davantage sur le repos, que la femme devra alors garder.

Doléris, qui a essayé à ce moment l'instillation d'une petite quantité de solution de sublimé au 1/1000 dans le canal excréteur et même dans l'abcès en voie de formation, s'exprime ainsi à ce sujet : « Je dois dire que je n'ai pas réussi, sans doute parce qu'il n'était pas possible d'atteindre une lésion déjà étendue ; mais, pratiquées au début, de telles instillations peuvent être réellement utiles.

Mais à la période d'état quand le pus s'est collecté il n'y a plus à temporiser : on doit éviter avant tout l'ouverture fistuleuse spontanée. Il faut vider l'abcès sans tarder ; mais où et comment doit-on l'ouvrir ? C'est ici que, suivant les auteurs, les avis vont différer.

Les uns préconisent la ponction capillaire de l'abcès, les autres se contentent de l'incision simple, d'autres font suivre l'incision d'attouchements de liquides caustiques, d'autres enfin préfèrent l'emploi du thermocautère ou de la curette. Ces méthodes comptent toutes plus ou moins de succès ; nous insisterons davantage sur celles dont l'efficacité est reconnue par les gynécologues actuels.

1° Nous ne dirons qu'un mot de la PONCTION CAPILLAIRE que Doléris dit être un mauvais procédé. Il laisse trop souvent se reformer du pus provenant des lobules avoisinant la région dilatée et kystique ; et le fait de faire suivre la ponction d'une injection au chlorure de zinc ne paraît devoir réussir qu'autant qu'il s'agit d'une collection limitée au conduit excréteur.

2° L'INCISION SIMPLE DE LA PLAIE avec bourrage de la cavité à la gaze iodoformée offre le gros inconvénient *de ne pouvoir éviter les fistules consécutives*, cependant si longues et si difficiles à tarir. De plus, la gaze formant tampon, imbibée constamment par les liquides septiques du vagin et le pus de la plaie elle-même retarde la cicatrisation par la malpropreté inévitable des pansements.

Malgré ces inconvénients, ce procédé a compté des partisans. Velpeau et Guérin préconisèrent tous deux l'incision simple sur la face antéro-externe de l'abcès afin d'éviter la stagnation du pus entre les lèvres.

3° INCISION ET DRAINAGE. — Gosselin, qui avait adopté le même point d'incision pour des raisons anatomiques, obvia à l'inconvénient précité *en drainant* en plus la cavité. « En incisant en dedans de la grande lèvre, dit-il, on rencontre la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle qui s'oppose au recollement des tissus, reste longtemps béante et par son peu de tendance à se cicatriser donne souvent naissance à des fistules. » Il conseillait, en outre, « de mettre un drain ou de maintenir la cavité béante parce que l'ouverture au bistouri, comme toutes celles qui avoisinent une cavité naturelle, a de la tendance à s'oblitérer rapidement, avant que le fond de

l'abcès ait eu le temps de se combler. La membrane pyogène continue à former du pus et si l'ouverture n'a fait que se rétrécir il y a fistule ; si elle est oblitérée, l'abcès se reproduit ».

Ces lignes tracées par Gosselin font elles-mêmes la critique du procédé. Par l'incision simple, il y a presque toujours fistule ou récidive ; de plus le drainage n'empêche pas infailliblement l'apparition des fistules ; car la vraie cause de ces suppurations tardives n'a pas été détruite, *elle réside encore dans l'élément microbien contenu dans les acini restés hors d'atteinte.*

4° Incision et cautérisation par les caustiques. — L'incision suivie d'un attouchement attentif de toute la cavité avec des caustiques tels que la teinture d'iode, l'alcool, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, l'eau oxygénée ont été successivement préconisés pour remédier aux inconvénients que nous venons de citer et détruire la glande tout en combattant l'infection.

Malheureusement cette méthode, bien que nullement dangereuse, manque trop souvent son but pour devenir jamais un procédé de choix (Obs. II).

Ses échecs seraient dus au titre trop faible des solutions employées ; on ne peut guère en effet dépasser celui de 1/10 pour le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, à la condition même de n'injecter que quelques gouttes lesquelles sont cependant si douloureuses que leur emploi est difficilement accepté par la clientèle urbaine.

Une réserve est à faire en ce qui concerne l'emploi de l'eau oxygénée. De Sinety en aurait obtenu de très bons résultats ; peut-être s'agissait-il de bartholinites à anaérobies, et l'on sait en pareil cas l'efficacité de cet antiseptique.

En résumé, ces deux derniers procédés basés sur le même principe, l'incision, ne diffèrent que par les soins consécutifs ; ils ont pour but, *sinon pour résultat*, la destruction totale de la membrane pyogène et la cicatrisation complète.

5° Incision et curettage. — Mieux vaudrait faire suivre l'incision d'un raclage de toute la cavité à la curette, on aurait ainsi plus de chance de détruire tous les points infectés. Mais, a-t-on dit, la curette a les inconvénients du bistouri ; elle n'a que l'avantage d'être plus facile à manier ; ce reproche nous semble exagéré, étant donnés des succès obtenus au moyen du curettage.

6° Incision et cautérisation au thermocautère. — Leblond et Doléris préfèrent l'emploi du thermocautère. Leurs procédés ne diffèrent que par quelques variantes.

La méthode est simple et d'application facile ; elle consiste en la destruction large des tissus glandulaires et périglandulaires au moyen du fer rouge : une escarre profonde se produit, puis apparaît une plaie de bonne nature qui ne tarde pas à se fermer.

Doléris fait l'incision au bistouri et respecte autant qu'il est possible les bords de la plaie, pendant qu'au moyen du thermocautère il détruit profondément les parois de la glande abcédée.

Nous croyons utile de reproduire ici textuellement son procédé.

« 1° Large incision de la surface cutanéo-muqueuse de la tumeur, dans le sens de la longueur. Lavage antiseptique de sa cavité et examen de la paroi, de façon à reconnaître s'il existe ou non profondément des lobules

indurés. Une fois l'abcès vidé, la paroi cutanée s'amincie se rétracte et s'épaissit.

» 2° Cautérisation au thermocautère de toute la surface de la cavité, carbonisation à une profondeur de plusieurs millimètres, en ayant soin de ménager les lèvres de l'incision. La cavité, d'abord profonde, se rétrécit de plus en plus et est réduite à une petite logette à parois très épaisses.

» On saupoudre abondamment la surface carbonisée d'un mélange de poudre d'iodoforme et dermatol.

» 3° On place un drain verticalement et on suture les bords de l'incision avec des crins de Florence en ayant soin de les affronter très exactement. Si ces bords ont été maintenus écartés au moyen des pinces de Kocher, pendant la cautérisation, la réunion par première intention se fait rapidement et sûrement.

» Le drain doit être de petit calibre, 3 millimètres de diamètre environ. J'ai parfois drainé seulement la partie déclive de l'incision, après avoir suturé le reste.

» 4° Pansement aseptique et isolement de la région, pour éviter le contact de l'urine et des sécrétions utéro-vaginales, ce qui est facile si on a eu soin de pratiquer l'incision à l'union de la peau avec la muqueuse vulvaire.

» Au bout de peu de jours, l'élimination des parties carbonisées se produit par le drain et s'achève assez rapidement. Dès le dixième jour en général, il ne s'écoule plus que de la sérosité épaisse ; on diminue le calibre du drain qui est bientôt devenu inutile, du fait de la rétraction rapide et de l'effacement de la petite cavité.

» Ce procédé est simple et facile, à la portée de tous, tandis que l'énucléation est plus malaisée, plus longue

et risque d'amener l'ouverture du kyste, ou des hémorragies assez abondantes.

» Je l'ai toujours employé avec succès, la déformation de la grande lèvre est insignifiante. »

Ce procédé ne peut guère compter que des partisans, étant donné ses bons résultats ; ses récidives sont des plus rares et sa facilité d'exécution n'exige pas une grande habileté chirurgicale.

Le seul reproche qu'on lui ait adressé ne vise pas d'ailleurs directement le procédé. La trop grande perte de substance qu'il entraîne et les cicatrices vicieuses et inesthétiques qui en seraient le résultat sont un « inconvénient sans grande gravité, il est vrai ; mais qui, dans un certain monde, ne sera toléré qu'avec amertume, non par coquetterie, mais par nécessité professionnelle ». (R. Dupuy, G. Rullier, *Gynécologie*, 1908.)

7° Incision et résection de la paroi muqueuse de l'abcès. — Une autre méthode qui a fait ses preuves et qui répond aux deux indications importantes : évacuer le pus et prévenir récidives et fistules consécutives, est celle employée par M. Verchère, à Saint-Lazare. Elle consiste à enlever aux ciseaux la paroi muqueuse qui recouvre la glande et à laisser cicatriser à plat.

Le débridement doit être large : 4 ou 5 centimètres ; la résection de la plus grande partie possible de la paroi de l'abcès faite aux ciseaux courbes sera suivie d'un lavage au sublimé, au permanganate ou à l'eau oxygénée et d'un pansement à plat à la gaze iodoformée. La bartholinite une fois ouverte il sera facile alors d'introduire dans le vagin un tampon sec d'ouate hydrophile, plus une mèche de gaze iodoformé. Le tout sera protégé par un taffetas gommé et maintenu par un bandage en T.

Le pansement sera renouvelé tous les jours, la gaze changée, la plaie nettoyée, ainsi que le tamponnement vaginal que l'on fera précéder d'une grande injection.

L'anesthésie locale est suffisante pour cette opération; on peut injecter, sur le trajet que suivra le bistouri, un peu de stovaïne ou mieux de novocaïne moins toxique.

Une précaution à prendre au début de cette intervention et que nous ne voudrions omettre d'indiquer ici, est celle conseillée par M. le professeur de Rouville (1).

Elle consiste, afin de parer aux graves complications oculaires qui pourraient survenir par le fait de la projection du pus habituellement gonococcique lorsqu'il se trouve sous forte tension dans l'abcès, à amorcer l'incision par la ponction au bistouri de la partie inférieure et déclive de la poche purulente. Celle-ci vidée on en achèvera sans crainte l'ouverture.

Il est rare qu'avec ce traitement on ait la moindre récidive. La plaie bourgeonne à plat, la cavité se comble de bourgeons charnus, et en huit ou quinze jours au maximum la malade est guérie.

Malgré les bons résultats de ce procédé il n'a pas échappé, lui aussi, au reproche de laisser des cicatrices inesthétiques; or ce reproche devrait, il nous semble passer au second plan, quand on songe à la gravité que peut avoir une bartholinite soit pour la malade, soit pour autrui.

Il ne faudrait pas oublier cependant que les traitements dont nous venons de donner un aperçu sont des traitements d'attente, et que, comme le conseillait J.-L. Petit pour les abcès de la marge de l'anus, toutes les fois que

---

(1) De Rouville. — *Montpellier médical*, 1909.

l'on en verra la possibilité il faudra pratiquer d'emblée l'ablation du conduit et de la glande elle-même. Mais nous empiétons là sur le terrain de la bartholinite chronique dont il nous faut indiquer à présent le traitement.

Bartholinites chroniques.

Nous avons suffisamment insisté sur les dangers de la bartholinite chronique en décrivant ses symptômes pour que nous puissions dire, dès à présent, qu'en face de cas semblables il est du devoir du médecin d'indiquer non seulement les dangers auxquels sont exposés ces malades, mais d'insister aussi sur ceux qu'elles peuvent faire courir à autrui ; de prescrire en conséquence un traitement curatif, le seul qui puisse amener une guérison complète : nous voulons parler du traitement chirurgical, de l'extirpation de la glande.

Malheureusement il arrive trop souvent que des malades pusillanimes, par crainte exagérée du bistouri, refusent toute intervention sanglante. On comprend donc pourquoi on a essayé de traiter la bartholinite chronique sans opération.

Ce traitement consiste à provoquer une sclérose totale de la glande par des injections modificatrices.

1° Injections modificatrices.

Les liquides employés habituellement sont la teinture d'iode, le nitrate d'argent au 1/30e et l'acide phénique à saturation dans l'alcool. Ce dernier liquide aurait donné les meilleurs résultats ; c'est pourquoi nous nous en occuperons plus particulièrement.

L'instrument dont on se sert pour injecter le liquide modificateur est la seringue de Pravaz à laquelle on adapte une aiguille mousse.

La première chose à faire est de repérer la position exacte de l'orifice excréteur du conduit glandulaire. A moins d'anomalie, on le trouve assez facilement à la base des petites lèvres, au milieu de la ligne qui rejoint l'extrémité du vagin et la fourchette. Pratiquement, il existe un point de repère précieux, c'est la tache rouge ou macule gonorrhéique de Sanger, et souvent la végétation qui est placée à son niveau.

Ayant bien délimité sa position, on essaie d'introduire l'extrémité mousse de l'aiguille dans le canal pour pratiquer le cathétérisme, tâche facile en apparence, mais le plus souvent bien délicate. Certains conduits cependant sont assez larges et bien marqués, le cathétérisme est pratiqué sans difficulté ; d'autres fois, au contraire, il est impossible d'avancer et l'on est obligé d'abandonner la partie. Mais on a été assez heureux pour pénétrer jusque dans le cul-de-sac glandulaire ; l'aiguille dirigée de dehors en dedans a pénétré jusqu'au cœur même de la glande. Il faut alors adapter vivement la seringue à l'embout de l'aiguille et pousser doucement dans la cavité un demi-centimètre cube environ de la solution salicylique. Ne pas trop s'alarmer si quelques gouttes venant à tomber tachaient en blanc la muqueuse voisine ; ces brûlures très superficielles entraîneraient peut-être quelques douleurs, mais n'offrent aucun caractère de gravité.

Aussitôt après l'injection, la malade accuse une douleur assez vive ; c'est l'affaire des premières minutes, tout va bientôt rentrer dans l'ordre.

On constate le lendemain un réaction inflammatoire assez vive et un peu de gonflement de la petite lèvre.

Si tout va bien, ces phénomènes disparaissent en cinq ou six jours ; au bout de ce laps de temps, la sécrétion est tarie, la glande se transforme en un noyau très induré, du volume d'un haricot ; la malade est guérie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent les injections succèdent aux injections, l'écoulement continue comme si rien n'avait été tenté contre lui.

Ces insuccès seraient fréquents, bien que M. Cordier, promoteur de la méthode, soutienne que rarement une deuxième injection soit nécessaire.

Des succès causés par des injections modificatrices de permangate de potasse sont également mentionnés longuement dans la thèse de F. Sabatier (Paris 1910). La technique opératoire est la même que celle que nous venons d'exposer, mais les injections doivent être plus nombreuses. Sept ou huit sont nécessaires pour obtenir la sclérose de la glande, et faites à doses progressivement croissantes. C'est ainsi que successivement on passe de la solution au titre de 1/1000, à celles de 1/500, 1/250, 1/100, 1/50, 1/30, 1/20.

« Chez toutes les malades que nous avons traitées ainsi, nous avons fait une injection tous les deux jours en moyenne, nous contentant dans le jour intercalaire de vider la glande ; ceci dans le but d'observer, en l'absence du permanganate, les modifications de l'écoulement. Nous avons trouvé d'une façon complète, après la cessation du traitement, une induration profonde de la glande de Bartholin. Alors qu'à l'origine on sentait nettement, après l'avoir vidée, les parois glandulaires souples glisser l'une sur l'autre, on ne percevait plus, après une série d'injections, qu'un noyau dur, résistant, enchâssé dans la profondeur.

» Nous avons donc obtenu en un temps très court la

cessation de l'écoulement purulent et la dégénérescence fibreuse de la glande, c'est-à-dire sa destruction sur place. Ajoutons que certaines de nos malades avaient été vues par nous plusieurs semaines après leur guérison, que toutes ont eu leurs règles après la cessation du traitement, sans réapparition d'écoulement. »

Malgré ces divers succès — nous en rapportons un exemple dans l'observation IV — le traitement rationnel de la bartholinite chronique, celui dont la fidélité n'a jamais fait défaut, *reste l'ablation totale de la glande.*

Il n'a pas de contre-indications, l'état de grossesse n'en constitue pas une.

Nous ne dirons plus au sujet de l'extirpation qu'elle est à la portée de tous. Il ne s'agit plus ici de traitements d'urgence que des retards pourraient compromettre dans leurs résultats. L'ablation totale de la glande constitue toujours, sinon par sa difficulté du moins par ses suites opératoires, une intervention chirurgicale assez sérieuse, pour que l'on puisse prendre toujours le temps de s'adresser, soit au chirurgien, soit au gynécologue, si l'on est inexpérimenté en la matière. Pour cette petite opération, qui semble à première vue n'offrir aucun danger, il faut cependant de l'habitude et une certaine habileté chirurgicale si l'on ne veut point s'exposer à des déboires.

Voici d'ailleurs le conseil que M. le professeur Tuffier donnait à ses élèves en pareils cas : « N'opérez jamais une bartholinite en ville, disait-il, vous n'en aurez que des ennuis ; si vous vous contentez d'inciser, vous aurez des récidives ; si vous faites l'ablation de la glande, votre malade risque, même après votre départ, une hémorragie grave. »

Cette hémorragie, véritable danger de l'extirpation totale, n'est pas causée uniquement par la grande vascu-

larisation de la région, ou par une lésion du bulbe ; ce n'est pas seulement un écoulement en nappe, mais aussi une hémorragie en jet provenant d'une artère maintenue béante par les aponévrses qui l'entourent.

Or, pour réaliser une intervention utile, il est nécessaire d'aller profondément jusqu'à l'aponévrose moyenne, c'est dire par là même qu'il faut avoir une connaissance anatomique parfaite de la région. Nous la rappellerons donc sans plus tarder.

Les glandes de Bartholin, glandes en grappe, comparables comme structure et comme fonction aux glandes sous-maxillaires, sont au nombre de deux, ont le volume d'un pois ou d'une petite amande, mesurent en moyenne 12 millim. de longueur sur 8 millim. de largeur, et sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin, à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit.

Leurs rapports sont importants à connaître : adhérentes à l'aponévrose moyenne, ces glandes répondent superficiellement à l'extrémité postérieure de la grande lèvre, profondément à la face interne de l'extrémité postérieure du bulbe (qu'elles débordent en arrière) et à la base des petites lèvres. En incisant donc les petites lèvres un peu au-dessous du sillon qui les sépare de l'hymen ou de ses vestiges, on met à découvert les glandes en question tout en évitant le bulbe (Testut et Jacob).

Leur canal excréteur long de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, dirigé obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, parcourt la base des petites lèvres, et vient s'ouvrir dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris, à l'union du tiers postérieur avec les 2/3 antérieurs de ce sillon.

Les artères de la glande vulvo-vaginale proviennent de l'artère honteuse, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'artère bulbeuse ou clitoridienne.

Les veines forment des plexus qui aboutissent aux veines honteuses et aux plexus veineux du vagin et du bulbe. Tous ces vaisseaux, sans être volumineux, sont nombreux et plus ou moins anastomosés ; aussi ne doit-on pas être étonné de l'écoulement abondant que l'on observe lors de l'extirpation de la glande.

Les filets nerveux proviennent de la branche périnéale du nerf honteux interne. Enfin les lymphatiques vont aux ganglions de l'aine (Testut).

Ces connaissances rappelées, nous allons aborder l'opération elle-même, puisqu'elle résume le traitement le plus efficace de la bartholinite chronique.

Il est banal de dire que les chances de succès seront d'autant plus grande que l'on aura pris plus de précautions antiseptiques pour cette intervention.

Or la désinfection des voies génitales, et surtout des fistules, n'est pas facile à réaliser. C'est pourquoi des précautions minutieuses devront être prises déjà pendant les jours qui précéderont l'opération. Elles consisteront en injections vaginales antiseptiques (sublimé à 1/2000e, permanganate de potasse au 1/3000e) prises matin et soir ; en l'attouchement des trajets fistuleux par le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc auquel on pourra joindre le tamponnement vaginal. L'anesthésie générale n'est pas indispensable, on y supplée actuellement par l'anesthésie locale en injectant sur le trajet que devra suivre le bistouri une solution de stovaïne ou mieux de novocaïne: cette dernière étant reconnue quatre fois moins toxique et beaucoup moins irritante pour les tissus (Reclus,

Riche de [Montpellier], Tufféry, thèse de Montpellier, 1911).

La malade sera placée dans la position dorso-sacrée commune à toutes les opérations pratiquées dans cette région ; on devra sonder la patiente, la raser et faire la toilette de la vulve et du vagin, comme pour un curettage.

L'incision longue de 2 ou 3 centimètres suivant le volume d'un noyau à extirper se fera soit sur la paroi interne de la petite lèvre, soit sur le sillon qui sépare la petite de la grande lèvre, à la limite cutanéo-muqueuse.

Deux objections sont à faire à la première de ces incisions : 1° les dangers d'infection de la suture après l'opération par les liquides vaginaux, l'incision étant vulvaire ; 2° la nécessité lorsque le noyau est adhérent et surtout lorsqu'il y a des fistules, de ne laisser comme lambeau interne qu'une portion de muqueuse très amincie que les crins pourront déchirer ou qui, venant à se sphacéler, compromettront la réunion des deux lèvres. C'est pourquoi tous les chirurgiens avec Pozzi et Doléris préfèrent *l'incision à la limite de la muqueuse et de la peau*, et même encore au delà. On évite ainsi tous les inconvénients précités et l'extirpation est tout aussi facile.

Une précaution qu'il ne faut pas oublier avant d'inciser est de faire saillir le plus possible la glande avec l'index introduit dans le vagin (manœuvre facile lorsqu'il s'agit d'une bartholinite gauche, moins commode pour la bartholinite droite) et de la repousser en dehors afin de pouvoir la saisir avec le pouce de la même main.

Technique de l'extirpation. — *1er temps.* — L'incision faite sur la limite cutanéo-muqueuse met à découvert une

aponévrose nacrée, brillante, qu'il faut bien reconnaître avant de diviser, car sa section donnera jour de suite à une petite masse blanchâtre que pourra mobiliser le doigt placé à l'intérieur du vagin : c'est la glande vulvo-vaginale.

2e temps. — Saisie avec une pince de Kocher on la séparera des tissus voisins ; mais il faut savoir qu'ici, la cause des difficultés peut être due *aux adhérences* contractées par la glande avec son entourage.

Après avoir libéré le plus possible le côté externe, et allant toujours plus profondément, on attaquera l'organe par derrière en ayant soin de ne le décoller qu'avec l'instrument mousse et non à l'aide du bistouri.

3e temps. — La glande ne tient plus que par son pédicule ; il faut donc essayer de le lier, ce qui n'est pas chose toujours facile. Toutefois, on ne serait pas trop surpris si cette ligature venait à lâcher : cette malechance est fréquente.

On ne se laisserait pas davantage émouvoir par le sang qui coule alors en abondance, et, pour arrêter l'hémorragie, sans perdre de temps à essayer de refaire cette ligature, sans tamponner la plaie, sans même recourir au thermocautère, car toutes ces tentatives sont infructueuses, *il faut, sans plus tarder, commencer les sutures.*

4e temps. — Celles-ci seront faites au crin de Florence ou au catgut à points séparés. *Le fil sera passé d'un seul coup et profondément au-dessous de la surface cruentée,* comme pour la périnéorraphie ; il ne devra jamais être vu dans la plaie. Quatre ou cinq points de suture seront habituellement suffisants, liés avec toutes les précautions classiques, laissés entiers sans être coupés et simplement noués à leur extrémité. « Ceci à seule fin d'éviter les piqûres désagréables provoquées par les fils coupés ras. C'est

un petit détail que les malades ne pardonneraient pas d'avoir négligé. » (R. Dupuy, G. Rullier.)

Il n'y a plus à faire qu'un pansement sec et un tamponnement vaginal.

En dix jours, douze au maximum, la malade est guérie. Vers le sixième jour on pourra enlever les fils, le huitième habituellement la malade peut se lever.

Nous ne conseillerons pas le procédé d'Huguier, qui consiste, après avoir embroché d'un seul coup la glande et l'avoir divisée au bistouri d'avant en arrière, à disséquer alors séparément les deux moitiés. Cette manière de faire est peu pratique, on a peu de jour et de plus on risque à chaque instant de blesser le bulbe, accident sérieux que l'on fera bien d'éviter, car il entraîne toujours de graves hémorragies.

Un accident que nous devons maintenant signaler, et que l'on doit bien connaître, car il peut suivre l'opération la mieux conduite, est ce suintement persistant qui survient pendant les premières heures après l'intervention. La malade se plaint de douleurs assez vives du côté de la plaie opératoire, une sensation de tension pénible la gêne ; et le chirurgien redemandé à la hâte, constate la présence d'un hématome qui peut atteindre de très grandes proportions, on l'a vu même envahir le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

Or, pour parer à cet accident, il n'y a qu'une façon d'agir : faire sauter au plus vite les points de suture, enlever avec soin les caillots ; et, lorsque la plaie est redevenue nette, faire un tamponnement serré sans fermer.

Si toutefois l'hémorragie persistant devenait inquiétante par son abondance et sa durée, il faudrait alors *refaire complètement les sutures et cela aussi profondé-*

ment que nous l'avons dit plus haut. L'hématose ne sera assurée qu'à ce prix, puisqu'il s'agit, dans ces cas, d'une artère maintenue béante par les aponéoroses qui l'entourent.

Ce procédé présente d'ailleurs un autre avantage, celui de mieux permettre l'accolement des surfaces cruentées, car : « il faut se garder de laisser sous la peau réunie un espace mort qui deviendrait aussitôt le point de départ d'un abcès ou même d'un phlegmon » (Pozzi).

OBSERVATIONS

Observation I

(*In* th. Fostier, 1899.)

Bartholinite aiguë gauche. — 1re crise. — Incision et drainage. Extirpation 15 jours après. — Guérison.

M..., 18 ans, couturière ; n'a jamais fait aucune maladie, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 13 ans et demi ; n'a jamais eu de pertes blanches.

Il y a 10 jours, a commencé à perdre en blanc assez abondamment en même temps qu'elle ressentait des picotements et des démangeaisons vulvaires ; les jours suivants, les pertes deviennent jaunâtres, puis verdâtres, la malade a des douleurs très vives à la miction qui devient fréquente.

Il y a quatre jours, elle ressent des douleurs plus aiguës à gauche ; puis apparaît une petite tumeur qui a grossi chaque jour et l'a décidée à venir consulter.

Au premier examen, le 6 mars 1898, on note à l'examen de la région une tuméfaction douloureuse de la grande lèvre gauche présentant une fluctuation très nette à sa partie interne. Vulvo-

vaginite et urétrite intense avec écoulement verdâtre abondant. Pas de ganglions inguinaux.

La malade entre le même jour à l'hôpital Broca, salle Astruc, n° 12.

Désinfection de la vulve et du vagin et incision à l'union de la muqueuse et de la peau. Ecoulement d'une assez grande quantité de pus dans lequel l'examen microscopique fait trouver du gonocoque.

La poche est lavée au sublimé et drainée avec une mèche de gaze qui est remplacée journellement.

Il s'écoule encore du pus pendant quelques jours, puis la fistule se ferme. Il reste alors une petite tumeur dure à peine douloureuse, qui ne diminue pas de volume.

On attend pendant quelques jours, pendant lesquels on traite la blennorragie, et, le 21 mars, on extirpe la glande.

La plaie est suturée au crin de Florence et on laisse une mèche de gaze iodoformée. Cette mèche est retirée le lendemain et la réunion se fait parfaitement.

Les fils sont enlevés le 7e jour ; le plus inférieur a suppuré et il reste à son niveau une petite ulcération qui cède rapidement à des attouchements iodés.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril, guérie de sa bartholinite et de sa blennorragie.

Observation II

(*In* thèse Fostier, 1889.)

Bartholinite aiguë gauche. — Deuxième crise. — Incision suivie de cautérisation. — Extirpation un mois après. — Guérison.

B. M..., modiste, 20 ans, entre à l'hôpital Broca le 11 mars 1898, pour une bartholinite gauche du volume d'un œuf. Elle a déjà eu une première crise il y a environ un mois et demi, l'abcès s'est ouvert et l'on voit encore les traces d'une fistule.

L'écoulement s'était tari depuis quelques jours, lorsque le 4 mars la malade a ses règles qui ne présentent rien d'anormal ; cependant, vers les derniers jours, c'est-à-dire vers le 7 ou le 8, la malade ressent une douleur au niveau de la grande lèvre gauche qui augmente de volume. La tuméfaction n'a fait que s'accroître. Aussi la malade, souffrant beaucoup et ne voyant pas son abcès s'ouvrir comme la première fois, se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen fait reconnaître une bartholinite aiguë très nette, fluctuante : il n'y a pas de blennorragie actuellement, mais la malade a des pertes blanches abondantes, et l'examen de l'utérus, qui est en rétroversion assez marquée, fait reconnaître une métrite du col assez intense ; celui-ci est déchiqueté, ulcéré et laisse passer un bouchon glaireux très épais.

La tumeur est incisée, puis on fait un lavage de la poche au sublimé ; on la cautérise ensuite avec une solution de chlorure de zinc au 20e. Le trajet est drainé pendant quelques jours, et le 17 mars il ne persiste qu'une petite induration un peu sensible. On conseille à la malade de se laisser opérer, la prévenant que l'abcès pouvait récidiver une troisième fois, mais ne souffrant plus elle refuse toute intervention et quitte l'hôpital.

Mais la malade revint à la fin d'avril se faire examiner et demander s'il est possible qu'elle ait pu contaminer quelqu'un. On lui répond que cela est même sûr, car elle a toujours de la métrite et l'on voit sourdre du pus au niveau de la glande gauche par une fistulette qui persiste.

On persuade la malade de la nécessité d'une intervention, car on sent au niveau de la bartholinite ancienne un noyau du volume d'une grosse bille.

Le 2 mai, la malade est chloroformée, on incise sur la partie externe de la grande lèvre et la petite tumeur est extirpée avec la plus grande facilité.

La plaie saigne beaucoup ; on lave à l'eau phéniquée forte, on tamponne quelques instants, et l'on suture ensuite les tissus de la façon suivante :

Deux points au catgut réunissent les parties profondes. Au-dessus, on fait un second plan de sutures avec un surjet de catgut, et enfin les deux lèvres de la plaie sont suturées au crin de Florence. On applique un pansement et l'on tamponne le vagin en

laissant une mèche de gaze entre les petites lèvres. Le pansement est renouvelé 48 heures après, afin de faire la toilette de la vulve ; la plaie a très bon aspect.

Le 10 mai, les fils sont enlevés, aucun n'a suppuré et le résultat est parfait.

La malade quitte l'hôpital 10 jours après, tout à fait guérie.

Observation III

(*In* thèse Fostier, 1899.)

Bartholinite aiguë droite.— 1re crise.— Incision suivie de raclage à la curette. Guérison. — Récidive un mois après. — Extirpation. — Guérison.

L. N..., 25 ans, domestique, entre salle Astruc, le 20 mars 1898.

Réglée à 12 ans irrégulièrement jusqu'à 16 ans, d'une façon régulière depuis.

A eu un enfant à 20 ans.

Il y a environ 2 mois la malade consulta un médecin pour des douleurs à la miction et une sensation de cuisson à la vulve et au vagin avec pertes jaunâtres abondantes. On lui prescrit des injections antiseptiques. Amélioration au bout de quelque temps, mais les pertes blanc-jaunâtre ont continué.

Il y a dix jours elle sentit une douleur au niveau de la grande lèvre droite qui les jours suivants augmenta peu à peu de volume ; cette tumeur très douloureuse la gênait pour marcher.

A son entrée on trouve une tuméfaction du volume d'une noix ; en écartant les lèvres on voit que la tuméfaction est plus marquée en dedans et du pus s'écoule par un tout petit orifice, insuffisant pour que l'abcès se vide. On fait une incision au niveau de ce point et l'on procède au raclage de la poche avec la curette, puis on tamponne avec une mèche de gaze. Huit jours après la malade quitte l'hôpital guérie ; c'est à peine s'il reste un tout petit noyau induré.

La malade revient le 30 avril avec une tuméfaction du volume

d'une bille, douloureuse, non fluctuante : il s'écoule du pus par le canal excréteur.

Le lendemain on procède à l'extirpation, sous anesthésie générale ; l'opération est faite avec la plus grande facilité.

Deux plans de suture, un profond au catgut, un superficiel au crin. La réunion est immédiate pour les parties profondes, mais les lèvres de la plaie ne se réunissent pas, les fils superficiels suppurent et sont enlevés le 3e jour.

Des pansements antiseptiques sont appliqués sur la plaie qui ne tarde pas à bourgeonner ; elle est cicatrisée 17 jours après l'opération et la malade quitte la salle bien guérie.

Observation IV

(*In* thèse Sabatier, 1910.)

Bartholinite récidivante. — Guérison par des injections au permanganate de potasse.

C... Anna, 20 ans, entrée le 19 octobre 1909. Bartholinite droite. Le côté droit de la vulve est saillant et on sent la cavité de la glande de Bartholin distendue par un liquide accumulé sous tension. Il faut exercer une pression assez forte pour en faire sortir un pus assez épais, qui jaillit alors avec violence.

Le gonocoque y est en abondance.

Cette malade a déjà fait un séjour dans le service pour la même affection, au mois de juin 1909. Nous avons employé, dès le début, une solution au 1/30.

Le 20 octobre, la malade recevait une première injection de 3/4 de cc. environ. Le lendemain était apparu un œdème de la grande lèvre, légèrement douloureux, qui céda à quelques applications de compresses d'eau oxygénée. Le 26, nouvelle injection de permanganate au 1/30, puis les 27, 28, 29, 30 octobre, 2 et 3 novembre, injections de solutions au 1 25. Soit, en tout, huit injections.

La malade est renvoyée le 25 novembre, guérie.

Elle avait eu ses règles du 19 au 23. Glande indurée.

CONCLUSIONS

I. — La bartholinite, *dernier refuge de la blennorragie* (Pozzi), a été rattachée d'une façon formelle à cette affection par Welander et Arning après leur découverte du gonocoque dans le pus des bartholinites. On l'y trouve, en effet, à l'état pur dans les bartholinites aiguës (1re crise), associé à d'autres microbes dans les bartholinites chroniques et dans les bartholinites aiguës ouvertes spontanément. Les anaérobies se rencontrent toujours dans les bartholinites à pus fétide.

II. — Cliniquement cette affection présente un ensemble de symptômes qui permettent de la reconnaître assez facilement ; les affections qui pourraient le plus la simuler sont : le furoncle et le phlegmon de la grande lèvre.

III. — Le pronostic est plus sérieux que ne le comporte la gravité de la bartholinite en elle-même puisque celle-ci reste une porte ouverte aux affections les plus graves ; qu'à l'état chronique elle devient un danger pour autrui, une source de contamination fréquente et souvent inexpliquée.

IV. — Le traitement a donc une grande importance, c'est pourquoi nous y avons insisté longuement.

A) Dans la bartholinite aiguë.

Tenter d'obtenir la résolution si on observe l'affection tout à fait au début.

Quand il y a suppuration ; inciser la tumeur sur la ligne cutanéo-muqueuse, la racler à la curette ou la cautériser au thermocautère selon l'avis de Doléris, puis drainer la cavité avec un drain de caoutchouc.

B) Dans la bartholinite chronique.

Le seul traitement rationnel et radical reste l'ablation totale de la glande.

L'anesthésie à la novocaïne sera suffisante pour cette intervention.

On tentera la réunion par première intention en fermant la cavité par des points de suture séparés, faits d'un seul coup et profondément au-dessous de la surface cruentée.

La malade sera surveillée attentivement afin de pouvoir parer aux hémorragies post-opératoires que le chirurgien ne peut prévoir.

Enfin on ne devra pas hésiter à extirper une bartholinite chez la femme enceinte, la grossesse n'étant pas une contre-indication.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alary. — Thèse de Paris, 1892.

Aubenas.— Des tumeurs de la vulve (Th. d'agr. Strasbourg, 1860).

Barette. — Traitement des abcès vulvo-vaginaux (Rev. de cl. et de th., 1887).

Barthez. — J. hebd. des progrès des sc. méd., 1886, t. II.

Blandin. — Gaz. des hôp., 1847.

Bonnet. — Gaz. des hôp., 26 juin 1888.

Breton. — De la bartholinite (Th. de Strasbourg, 1861).

Chevalrias. — De la fistule vulvo-rectale consécutive à la suppuration de glande vulvo-vaginale (Th. de Paris, 1880).

Courty. — Maladies de l'utérus, 1872.

De Amicis (de Naples). — Cité *in* thèse Dujon.

Dujon. — Etude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès (Th. de Paris, 1897).

Duc-Dodon. — Th. Paris, 1903.

Doléris. — Bartholinites aiguës et chroniques (La gynécologie, 1905).

Duplay et Reclus. — Société de chirurgie, t. VIII.

— Traité de chirurgie.

Druelle. — Ulcérations blennorragiques de la vulve (Archives générales de méd., 1904, n° 29, p. 1805).

Dupuy et Rullier. — La bartholinite aiguë et chronique (Revue de gyn., 1908).

Faguet. — Des abcès des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale (Th. Paris, 1887).

Fauvel. — Inflammat. chronique de la glande de Bartholin (Th. Paris, 1886).

Fostier. — Th. Paris, juillet 1899.

Franco. — Th. Paris, 1900.

Gosselin. — Cliniques de la Charité, 1873, t. II.

Hallé. — Th. de Paris, 1898.

Huguier. — Ann. des sc. nat. 1830. Zoologie. Mémoire, 1850.

Huguenin. — Th. de Paris, 1879.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Leblanc. — Th. de Paris, 1895.

Legrain. — Th. de Nancy, 1888.

Mareschal. — Abcès de la glande vulvo-vaginale (Th. de Paris, 1873).

Poirier et Charpy. — Anatomie.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— Revue de gynécologie, 1908.

Robert. — Ann. de chirurgie, 1841.

Rouville (De). — Montpellier médical, 1909.

— Leçons cliniques.

Sée (Marcel). — Th. de Paris, 1896.

Sabatier. — Th. de Paris, 1910.

Sanger. — Annales de gynécologie, 1890.

Testut. — Traité d'anatomie, t. III.

Verchère. — La blennorragie chez la femme (Paris, 1894. Collect. Charcot-Debove).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MARQUE SYNDICALE

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE